

مقایسه اثربخشی مداخلات هیجان مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

خلاصه

مقدمه

خیانت در زندگی زناشویی عامل بزرگ عدم رضایت زناشویی و همچنین زمینه‌ی اصلی بروز مسائل روانشناختی، تعارض‌ها و ناسازگاری‌های زناشویی است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مداخلات هیجان مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری بود. از جامعه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناسی به دلیل آسیب وارد شده از خیانت زناشویی، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۳ نفر انتخاب و با استفاده از روش جایگزین تصادفی در سه گروه (هیجان مدار، پذیرش و تعهد، مثبت‌نگر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های دلزدگی زناشویی (پاینز، ۱۹۹۶) و ناگویی هیجانی (بگی و همکاران، ۱۹۹۴) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شد.

نتایج

یافته‌ها نشان داد که درمان هیجان مدار به طور معنی داری موثرتر از پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بود ($p < 0/005$) و درمان پذیرش و تعهد نیز موثرتر از درمان مثبت‌نگر بر دلزدگی زناشویی بود ($p < 0/005$). همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار موثرتر از مثبت‌نگر بر ناگویی هیجانی بود ($p < 0/005$).

نتیجه‌گیری

منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان درمان هیجان مدار را به عنوان یک روش کارا تر جهت بهبود زندگی زناشویی افراد آسیب دیده از خیانت پیشنهاد داد.

کلمات کلیدی

خیانت زناشویی، هیجان مدار، پذیرش و تعهد، مثبت‌نگر، دلزدگی زناشویی، ناگویی هیجانی
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

فاطمه کرمانشاهی^۱

شکوه نوابی نژاد^{۲*}

خدابخش احمدی نوده^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

*گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

Email: navabinejad93@gmail.com

مقدمه

تاکید بر اهمیت خانواده در طول دوره‌های مختلف، دلالت بر کارکردی بودن این نهاد است. دستیابی به جامعه سالم، در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است (۱). پایداری و استحکام خانواده، متأثر از عوامل گوناگون در ابعاد درون‌فردی، میان‌فردی و محیطی است که یکی از اصلی‌ترین این عوامل سلامت خانواده را مختل می‌سازد، در هم شکسته شدن انحصار روابط عاطفی و جنسی در چارچوب زناشویی یا همان خیانت زناشویی است (۲). در واقع خیانت زناشویی پدیده‌ای است که اغلب به خاطر برطرف شدن نیازهای عاطفی یا جنسی فرد، از طریق روابط خارج از حیطه زناشویی به وقوع می‌پیوندد (۳). آمارها نشان از افزایش خیانت زناشویی دارد (۴). با این حال در ایران، علی‌رغم انجام پژوهش‌های مختلف در این زمینه، به دلیل حساسیت شدید موضوع، از ابعاد خیانت زناشویی اطلاعات دقیقی در دسترس نیست (۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خیانت زناشویی با دلزدگی زناشویی (۶) و ناگویی هیجانی (۷) در ارتباط است. در واقع از آشفتگی‌ها و نابهنجاری‌های روان‌شناختی که به مرور زمان عشق و علاقه بین زوجین را کمرنگ کرده و گاهی به‌طور کامل محو می‌کند و موجبات مشکلات روحی و روانی، خیانت زناشویی و طلاق آن‌ها را فراهم می‌کند، دلزدگی زناشویی است (۸). در واقع، هنگامی که زوجها با یکدیگر روابط صمیمانه را آغاز می‌کنند، هر کدام با مجموعه‌ای از رؤیاهای و انتظارات، وارد رابطه می‌شوند و هنگامی که این رؤیاهای و انتظارات با تنبیه و تجارب استرس‌زا جایگزین می‌شوند، ازدواج و رابطه دچار زیان می‌شود و سرانجام با دلزدگی و یا خیانت زناشویی پایان می‌یابد (۹).

یکی از عواملی که می‌تواند در زمینه زندگی زناشویی پس از آسیب وارد شده از خیانت موثر باشد، تنظیم هیجان است (۱۰) که تا به حال توجه اندکی به آن شده است (۱۱). زنان پس از دریافت خیانت زناشویی از جانب همسر، بحران‌های هیجانی متفاوتی مانند اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند در نقش‌های زندگی دچار چالش‌های جدی می‌شوند (۱۳). یکی از سازه‌هایی مهم که به منظور بررسی مسائل مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است (۱۴). سیف‌نوس نخستین بار واژه "ناگویی هیجانی" را به منظور توصیف مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی و عاطفی که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی مشاهده شده بود، به کار برد (۱۵). ناگویی هیجانی سازه‌ای چندبعدی متشکل از چهار مشخصه مجزا است: الف) دشواری در تشخیص و توصیف احساسات، ب) مشکل در تمایز میان احساسات و تهییج‌های بدنی، ج) فقر در خیالپردازی‌ها، و د) تفکر عینی و تفکر درون‌گرایانه ضعیف (۱۶).

در جامعه ایرانی به دلایل مسائل فرهنگی، خیانت مرد، همیشه موجب طلاق رسمی نمی‌شود. اغلب آنچه زنان خواهان آن هستند، فرار از درد و رنج حاصل از خیانت زناشویی همسر است؛ بنابراین به نظر می‌رسد روان‌درمانی و مشاوره، زمینه‌ای را فراهم می‌کند که افراد به تخلیه هیجان‌ها و احساسات منفی بپردازند و زخم‌های گذشته را التیام بخشند (۱۷). زنان آسیب دیده از خیانت می‌توانند در فرایند درمان، مهارت‌های لازم برای برخورد سازنده با آسیب وارده را فراگیرند (۱۸)؛ بنابراین پس از افشاری خیانت، حل و فصل کردن، کنترل و درمان واکنش‌های پس‌آسیبی، دلزدگی و سردی زناشویی، تنظیم هیجان و توجه به سرمایه‌های روانشناختی می‌تواند از زمینه‌های مداخله درمان‌گران در خیانت

واقع شده است. ویب و همکاران (۲۶) نیز نشان دادند که رویکرد هیجان مدار بر تغییر دلبستگی و رضایت جنسی موثر است.

از دیگر رویکردهایی که می‌تواند بر زنان آسیب دیده از خیانت موثر باشد، رویکرد پذیرش و تعهد است. پذیرش و تعهد به عنوان رویکردی جدید با تکیه بر اصولی نظیر پذیرش، تعهد، ذهن-آگاهی، بخشش، تعهد در عمل، الگوهای ایدئولوژیکی و فرایندهای تغییر رفتار، می‌تواند به عنوان راهبردی موثر در جهت کمک به بهبود انعطاف شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۷). هدف درمان تعهد و پذیرش ایجاد تغییر مستقیم در فرد نیست بلکه هدف آن، کمک به فرد است تا بتواند با روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. هدف این درمان، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (۲۸). مطالعاتی به بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر مسائل زناشویی پرداختند؛ برای مثال الطافی و همکاران (۲۹) نشان دادند که این رویکرد بر رضایت جنسی زوجین موثر است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند برای زنان آسیب دیده از خیانت موثر باشد، روان‌درمانی مثبت‌نگر است (۳۰). به باور برخی از پژوهشگران، اغلب رویکردهای درمانی به ویژه در گذشته، دیدگاهی آسیب‌شناسانه به اختلال‌ها و مسائل عاطفی-روانی داشتند و هدفشان تخفیف و تسکین علائم بیماری بود (۳۱)؛ در حالیکه در دو دهه‌ی اخیر رویکردهای جدید چون روان‌درمانی

زناشویی باشد (۱۹). به منظور بهبود افراد آسیب دیده، روش‌ها و رویکردهای روان‌درمانی مختلفی از طرف پژوهشگران و کنشگران روان‌شناختی ایجاد شده است که رویکردهای هیجان-مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر در این پژوهش مورد توجه است.

رویکرد هیجان‌مدار یک رویکرد یکپارچه‌نگر است که از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، تجربه‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان برای مقابله با انواع اختلالات فردی و زوجی، اضطرابی، گسترده‌ای از تروماها و پریشانی‌های ناشی از اتفاق-های زندگی ارائه شده است (۲۰). هدف این رویکرد دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی اساسی است. این فرایند به توسعه سبک‌های دلبستگی امن‌تر، الگوی متفاوت تعامل بین فردی، همدلی و تدوین الگوی تعاملی جدید است (۲۱). رویکرد هیجان‌مدار یکی از رویکردهایی که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجانات فردی تمرکز دارد است (۲۲). از آنجاییکه زنان آسیب دیده از خیانت ضروری است تا اقداماتی انجام دهد که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شده، از ایجاد تنش‌ها در محیط خانواده حتی الامکان جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند، بر خورداری از مهارت‌های تنظیم و مدیریت هیجان در رویارویی با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب‌زایی که برای خود و خانواده ایجاد می‌شود، ضروری است. کسب این مهارت‌ها برای زنان، یک ضرورت است چرا که زن نقش مهمی در ارتباطات، هیجان و کارکرد خانواده دارد. در حقیقت زنان افسرده و غمگین، خلق و خوی منفعل همراه با غم و اندوه را در خانواده فعال می‌کنند (۲۳). مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رویکرد هیجان‌مدار در زمینه‌های مختلفی مثل فرسودگی زناشویی زنان (۲۴) و دلزدگی زناشویی و بخشودگی (۲۵) موثر

(۳۵) نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افراد دارای درد مزمن موثر است.

تحقیقات نشان دادند که می‌توان به زوجین درگیر با بی‌وفایی و خیانت زناشویی کمک کرد (۱۲)؛ همانطور که ملاحظه می‌شود، زنان آسیب دیده از خیانت در بسیاری از کارکردهای روانی خود دچار مسائلی می‌شوند و از نظر عاطفی و روانی چالش‌های بسیاری را تجربه می‌کنند که از بین آنها می‌توان دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی را نام برد؛ علی‌رغم این مسائل برای زنان آسیب دیده، در زمینه مداخله‌ی روانشناختی برای این افراد کمبود پژوهشی وجود دارد. از رویکردهای موثر در زمینه‌های مختلف رویکردهای هیجان‌مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بود که مرور پژوهش‌ها نشان از شکاف پژوهشی مقایسه اثربخشی این رویکرد بر زنان آسیب دیده از خیانت داشت؛ از این رو مساله اصلی پژوهش این بود که کدامیک از رویکردهای هیجان‌مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت اثربخشی بیشتری دارد؟

مثبت‌نگر، مورد توجه قرار گرفته است. داکوورس و همکاران (۳۲) معتقدند که روانشناسی تنها جنبه‌های مرضی و بیمارگون را مدنظر قرار داده است. یعنی روانشناسان نه تنها به توانایی‌ها و جنبه‌های مثبت و فضائل درونی انسان توجه کافی نکرده‌اند، بلکه صرفاً به آسیب‌ها پرداخته‌اند. روان‌درمانی مثبت‌گرا، از لحاظ تجربی رویکردی معتبر به روان‌درمانی است که عمده توجه خود را بر اساس بنا نهادن توانمندیها و احساسات مثبت درمانجو متمرکز می‌کند و یا به فعال‌سازی معنا در زندگی، آسیب روانی را کاهش و در مقابل شادی را افزایش می‌دهد. درمانگران مثبت‌نگر، احساسات و خاطرات مثبت را در فرایند درمان راه انداخته و آنها را کانون توجه قرار می‌دهد. دیگر فرایند مورد استفاده در درمان مثبت‌نگر پرداختن به موضوعات مرتبط با هدف یکپارچه کردن هیجانهای مثبت و منفی است (۳۳). در سال‌های اخیر، پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش بهزیستی روانی و مولفه‌های روانشناختی دیگر پرداخته‌اند. برای مثال پژوهش علمی منش و ژاله (۳۴) نشان داد که درمان مثبت‌نگر توانست منجر به بهبود روان‌درستی و بخشش زنان در معرض طلاق و کاهش بی‌رمقی زناشویی آنها شود. فلینک و همکاران

مواد و روش کار

یک نفر دچار افت شد و نمونه‌های پژوهش به ۵۸ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن تجربه خیانت از طرف همسر، دارا بودن حداقل سواد دیپلم و داشتن رغبت و رضایت برای همکاری در جلسات مداخله. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از گرفتن طلاق، غیبت بیش از دو جلسه در مداخله، مصرف مواد مخدر و شرکت کردن همزمان در جلسات مشاوره یا درمان دیگر. با توجه به شرایط کرونا و لزوم فاصله‌گذاری اجتماعی، تمامی مراحل پژوهش در بستر محیط آنلاین انجام شد؛ بدین ترتیب که اول برای هر چهار گروه

این پژوهش از نوع هدف، پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی به دلیل آسیب وارد شده از خیانت زناشویی تشکیل دادند. از بین جامعه آماری مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر انتخاب شد. سپس ۶۰ نفر با استفاده از روش جایگزین تصادفی در ۴ گروه (هیجان‌مدار، پذیرش و تعهد، مثبت‌نگر و کنترل) جایگزین شدند. از گروه‌های پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر

۲۶ به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد. با توجه به اینکه داده‌های پژوهش در سه نوبت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری) مورد جمع‌آوری قرار گرفت، از آزمون‌های اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. گفتنی است قبل از استفاده از اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های این آزمون با استفاده از آزمون‌های کالموگراف اسمیرنوف، آزمون لوین، آزمون باکس و آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفت.

همسر و کیفیت رابطه‌ی جنسی آن‌ها. نسخه‌های ترجمه شده‌ی M به‌طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بین‌فرهنگی استفاده شده است. در ایران پرسشنامه مذکور روی ۲۴۰ نمونه، ۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم، اجرا کرد. ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (۳۷).

مقیاس ناگویی هیجانی: پرسشنامه ناگویی هیجانی یک پرسشنامه ۲۰ ماده‌ای توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شده و ناگویی هیجانی را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساس (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس (۵ ماده) و تفکر برون‌مدار (۸ ماده) ارزیابی می‌کند. بشارت (۱۵) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه‌سازی و بازآزمایی ۰/۷۱ و ۰/۸۳ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرد. ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای عامل دشواری در تشخیص احساس، دشواری در توصیف احساس و تفکر برون‌مدار به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۹ محاسبه شدند (۱۵).

(آزمایشی ۱، آزمایشی ۲ و کنترل) پیش‌آزمون دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی در پلتفرم پرسلین اجرا شد، سپس طرح مداخلات هیجان‌مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر با استفاده از گوگل میت و واتساپ برای گروه‌های آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون و دو ماه بعد نیز آزمون پیگیری پرسشنامه‌های پژوهش برای هر چهار گروه در پرسلین اجرا شد. در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه

ابزار

مقیاس دلزدگی زناشویی: یک ابزار خودسنجی است که توسط پاینز (۳۶) برای اندازه‌گیری درجه دلزدگی زناشویی در بین زوجین طراحی گردیده است. این پرسشنامه ۲۱ آیتم دارد که سه جزء اصلی از پافتادگی جسمی (احساس خستگی، سستی و اختلال خواب)، از پافتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی و در دام افتادن) و از پافتادن روانی (احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر) می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس در یک طیف ۷ درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) می‌باشد. ضریب پایایی مقیاس با روش بازآزمایی ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره چهار ماهه بوده است (۳۶). ارزیابی ضریب اعتبار CBM نشان داد که دارای یک همسانی درونی بین متغیرها در دامنه‌ی ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی CBM به‌وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است مانند نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خود شکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه‌ی عاطفی نسبت به

جدول ۱. خلاصه جلسات براساس درمان هیجان‌مدار

شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول/عمومی	معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکردهای تجربه‌نگر برای تغییر، آشنایی با مبانی رویکرد هیجان‌مدار
دوم	اجرای رویکرد مربیگری هیجانی یا کوچینگ شامل:

انجام فنون آموزشی هیجان مدار، آشنایی با کوچینگ (ترک کردن موقعیت هیجانی، رسیدن و دسترسی به هیجان‌ها)	سوم
کشف هیجان‌ها کلیدی مشارکت کنندگان، ردیابی دردناکترین و ناگوارترین هیجان اعضا، برجسته سازی اهمیت فرایند محتوا (اهمیت تشخیص فرایندی)	چهارم
بررسی نشانگرهای مرتبط با مقوله هسته اصلی هیجان‌ها، ظهور معانی جدید از هیجان‌ها	پنجم
کمک در آشکار سازی و بر ملا کردن هیجان‌ها ثانویه، اعتبار دهی و شدت بخشی به تجارب هیجانی، کاربروری هیجان‌ها ثانویه و نامگذاری آن‌ها	ششم
کمک در شناسایی و آشکار سازی هیجان‌ها اولیه، اعتبار بخشی و شدت بخشی به تجربه هیجانی زیر بنایی و بنیادی، به مالکیت در آوردن تجربه پایه‌ای	هفتم
تشریح ساختار و فرآیند الگوها و چرخه‌های ارتباطی و تعاملی، ابراز نیازها و خواسته‌های دل‌بستگی مدارانه با تمرکز بر هیجان‌ها اولیه	هشتم
اجرای پس آزمون، مرور کلی و اخذ بازخورد از اعضا نسبت به مباحث دوره و انجام فنون و تکنیک‌های رویکرد هیجانی محور، اختتام جلسات	هشتم

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت)

شماره جلسه	خلاصه جلسات
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند و اجرای پیش آزمون
دوم	پرداختن رابطه بین استرس و پذیرش و مراقبت مادران، پذیرش مادران، جمع‌بندی بحثه ای مطرح‌شده در جلسه دوم و ارائه تمرین خانگی
سوم	پذیرش استرس؛ پی بردن به ارزشهای زندگی؛ تمرین پذیرش و مراقبت؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه سوم و ارائه تمرین خانگی
چهارم	روشن کردن ارزشها؛ موانع ارزشها؛ اهداف و اعمال (رفتارها)؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه چهارم و ارائه تمرین خانگی
پنجم	مرور تکلیف خانگی و شروع فعالیت؛ ترندهای ذهنی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه پنجم و ارائه تمرین خانگی
ششم	بازخورد؛ برنامه ریزی عمل؛ خودمشاهده گر؛ جمع بندی بحث‌های مطرح‌شده
هفتم	تمایل؛ تعهد به عمل و ارزشها با وجود موانع؛ جمع بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه هفتم و ارائه تمرین خانگی
هشتم	تعهد؛ عود؛ اجرای پس آزمون، خداحافظی؛ تکلیف دائم

جدول ۳. خلاصه بسته روان‌درمانی مثبت‌نگر

ردیف	خلاصه جلسات
جلسه اول	ضمن آشنایی اعضای گروه، توضیح کاملی پیرامون جلسات و عناوین آن و روند کار در این دوره داده شد و اعضاء درباره قواعد گروهی توجیه خواهند شد و تعهدات لازم مطرح شد و همچنین اجرای پیش‌آزمون، سپس توضیح مختصری از روانشناسی مثبت‌نگر شرح داده خواهد شد.
جلسه دوم	بیان و توضیح پذیرش خویش با تمام نقاط مثبت و منفی، ارزشمندی انسان‌ها، باورد داشتن خود، دوست داشتن خود و اشاره به یگانه و منحصر به فرد بودن هر کس، بیان اهمیت دادن قرآن به آرامش و استحکام بنیان خانواده. اهمیت و تأثیر وجود آرامش در زندگی بود، همچنین راه‌هایی برای افزایش مثبت‌اندیشی آموزش داده شد.
جلسه سوم	دنبال کردن مسیر موفقیت، توجه به صفات مثبت، نقاط مثبت، موهبت‌ها، مهارت‌ها، استعدادها و توانمندی‌های خود، آشنا کردن افراد با آثار و توفیقات مثبت‌اندیشی و عوامل بازدارنده آن.

جلسه چهارم	بیان رابطه بین افکار و احساسات و بررسی نقش افکار و باورها در عواطف و رفتارها و روش تحلیل وقایع روزمره، بحث در مورد نگرش‌های خود و چگونگی تغییر این نگرش‌ها و مجادله با آن‌ها.
جلسه پنجم	آموزش چگونگی ارزیابی منطقی از رویدادهای زندگی با تاکید بر مسئولیت شخصی، قبول سهم خود در هر رویداد، اشاره به نوع رابطه و ریشه‌های آن، الگوی مربوط به روش صحیح در برخورد با مشکل و شیوه حل آن (آموزش نحوه ی برقراری ارتباط مؤثر).
جلسه ششم	بررسی شوخ طبعی به عنوان یک نیاز وجودی انسان، تمرین خوش بینی، بررسی آثار و نتایج کمک و خدمت رسانی به دیگران، بیان حداقل ۵ تا ۱۰ تجربه و خاطره مثبت برای اعضای گروه.
جلسه هفتم	ماهیت صمیمیت و راههای شاد زیستن و رهنمودهایی برای افزایش صفا و صمیمیت ارائه شد.
جلسه هشتم	بیان و توضیح غنای درونی در زندگی، بررسی لزوم داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی، انتخاب اهداف واقع بینانه و قابل تحقق، تنظیم اهداف به شیوه عملی، انگیزه لازم برای پیگیری هدف، ارزیابی مجدد هدف، انتخاب مسیرهای متعدد و سپس اجرای پس‌آزمون، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری با کمک اعضای و نهایتاً تقدیر و تشکر.

نتایج

در این پژوهش ۵۸ زن در چهار گروه شرکت کرده بودند که میانگین سن گروه کنترل ۴۳/۶۲ (با انحراف معیار ۷/۴۳)، گروه درمان هیجان‌مدار (آزمایش ۱) ۴۲/۱۴ (با انحراف معیار ۶/۴۳)، میانگین سن گروه درمان پذیرش و تعهد (آزمایش ۲) برابر با ۴۳/۲۳ (با انحراف معیار ۶/۴۳) و گروه مثبت‌اندیشی (آزمایش جدول ۴. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی مداخلات هیجان‌مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر کاهش دلزدگی زناشویی در زنان آسیب‌دیده از خیانت

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مربع ایتای جزئی
اثر پیلایی	۱/۸۰۷	۱۱۱/۱۲۰	۲	۵۳	۰/۰۰۱	۱/۸۰۷
عامل مکرر						
لامبدای ویلکز	۱/۱۹۳	۱۱۱/۱۲۰	۲	۵۳	۰/۰۰۱	۱/۸۰۷
اثر هوتلینگ	۴/۱۹۳	۱۱۱/۱۲۰	۲	۵۳	۰/۰۰۱	۱/۸۰۷
بزرگترین ریشه روی	۴/۱۹۳	۱۱۱/۱۲۰	۲	۵۳	۰/۰۰۱	۱/۸۰۷
اثر پیلایی	۱/۶۵۳	۸/۷۱۷	۶	۱۰۸	۰/۰۰۱	۱/۳۲۶
عامل گروه و						
لامبدای ویلکز	۱/۳۵۰	۱۲/۱۹۹	۶	۱۰۶	۰/۰۰۱	۱/۴۰۸
عامل مکرر						
اثر هوتلینگ	۱/۸۵۱	۱۶/۰۳۹	۶	۱۰۴	۰/۰۰۱	۱/۴۸۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۸۴۷	۳۳/۲۴۳	۶	۵۴	۰/۰۰۱	۱/۶۴۹

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۴ مشخص است که تمام آزمون‌های چند متغیره حاکی از معنی‌داری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است (برای مثال مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۱۰/۳۵۰ است که $F(12,199)=.408; P<.05$). با توجه به اندازه

اثر ۰/۴۰۸ مشخص است که بین دلزدگی زناشویی در گروه‌های پژوهشی تفاوت وجود دارد؛ به منظور بررسی بیشتر این تفاوت در سه گروه آزمایش از آزمون تعقیبی بونفونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نمرات میانگین دلزدگی زناشویی در سه گروه آزمایش

گروه الف	گروه ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
هیجان مدار	پذیرش و تعهد	-۱۰/۹۷۰	۵/۳۶۴	/۰۰۱
	مثبت‌نگر	-۱۵/۹۲۲	۵/۳۶۴	/۰۰۳
پذیرش و تعهد	مثبت‌نگر	-۴/۹۵۲	۵/۴۵۵	/۰۰۶

نتایج تعقیبی نشان داد که درمان هیجان مدار به طور معنی‌داری موثرتر از پذیرش و تعهد و آموزش مثبت‌اندیشی بود ($P<.05$) و درمان پذیرش و تعهد نیز موثرتر از درمان مثبت‌اندیشی بود ($P<.05$)

جدول ۶. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی مداخلات هیجان مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر بهبود ناگویی هیجانی در زنان آسیب دیده از خیانت

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مربع ایتای جزئی
اثر پیلاپی	/۶۶۹	۵۳/۴۸۵	۲	۵۳	/۰۰۱	/۶۶۹
عامل مکرر	لامبدای ویلکز	۵۳/۴۸۵	۲	۵۳	/۰۰۱	/۶۶۹
	اثر هوتلینگ	۲/۰۱۸	۲	۵۳	/۰۰۱	/۶۶۹
	بزرگترین ریشه روی	۲/۰۱۸	۵۳/۴۸۵	۲	۵۳	/۶۶۹
اثر پیلاپی	/۵۳۲	۶/۵۲۴	۶	۱۰۸	/۰۰۱	/۲۶۶
عامل گروه و	لامبدای ویلکز	۷/۶۳۹	۶	۱۰۶	/۰۰۱	/۳۰۲
عامل مکرر	اثر هوتلینگ	۸/۷۶۹	۶	۱۰۴	/۰۰۱	/۳۳۶
	بزرگترین ریشه روی	/۹۷۱	۱۷/۴۷۲	۶	۵۴	/۴۹۳

اثر ۰/۳۰۲ مشخص است که بین ناگویی هیجانی در گروه‌های پژوهشی تفاوت وجود دارد؛ به منظور بررسی بیشتر این تفاوت در سه گروه آزمایش از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد.

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۶ مشخص است که تمام آزمون‌های چند متغیره حاکی از معنی‌داری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است (برای مثال مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۴۸۷ است که $F_{7,639}=3.02; P<.05$). با توجه به اندازه

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نمرات میانگین ناگویی هیجانی در سه گروه آزمایش

گروه الف	گروه ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
هیجان مدار	پذیرش و تعهد	-۴/۱۶۵	۳/۴۱۵	/۰۹۳
	مثبت نگر	-۹/۳۰۸	۳/۴۱۵	/۰۰۲
پذیرش و تعهد	مثبت نگر	-۵/۱۴۳	۳/۴۷۳	/۸۶۷

در مان پذیرش و تعهد بر بهبود ناگویی هیجانی، اختلاف دو گروه درمان پذیرش و تعهد و درمان مثبت اندیشی معنی‌دار نیست.

نتایج تعقیبی نشان داد که درمان هیجان مدار به طور معنی‌داری موثرتر از درمان مثبت اندیشی بود ($P<.05$). مقایسه درمان پذیرش و تعهد با مثبت اندیشی نشان داد که علی‌رغم تاثیر بیشتر

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهشهای مذکور و پژوهش نشان می‌دهد که درمان هیجان مدار موجب تغییراتی در پردازش و درک هیجانات، پذیرش هیجانات خود، درک هیجانات و نیازهای خود و دیگران و بخشش و تغییر الگوهای تعاملی و ارتباط می‌شود. درمان هیجان مدار، خیانت زناشویی را نوعی جراحی دلبستگی در ارتباط می‌داند. جراحی دلبستگی به رخدادی حیاتی برمی‌گردد که ضمن آن همسر درمی‌یابد که نمی‌تواند روی طرف مقابل حساب کند. جراحی‌های دلبستگی به عنوان تخطی‌های صورت گرفته از پیوند

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مداخلات هیجان مدار، پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت انجام شد. نتیجه اول پژوهش نشان داد که درمان هیجان مدار به طور معنی‌داری موثرتر از درمان پذیرش و تعهد و مثبت‌نگر بر دلزدگی زناشویی بود. پژوهشی که به مقایسه این مداخلات بر دلزدگی زناشویی پرداخته باشد، یافت نشد. اما اثربخش بودن درمان هیجان مدار با نتایج پژوهش‌های غفرالهی و همکاران (۲۵) و ویب و همکاران (۲۶) همسو بود.

کنند، یک چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به افراد کمک می‌کند تا به سمت ایمن‌تر پیش بروند، کاهش چرخه‌های تعاملی منفی و ایجاد انتظارات واقع‌بینانه و معتدل از یکدیگر، افراد را به آینده خوش بین کرده چون زندگی در مسیر تغییرات مثبت پیش می‌رود و این امر منجر به کاهش دلزدگی زناشویی در بطن روابط آنها می‌شود.

همچنین نتیجه پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی موثرتر از مثبت‌نگر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل الطافی و همکاران (۲۹) نشان دادند که رویکرد پذیرش و تعهد بر رضایت و آسفتگی زناشویی موثر است، همسو بود. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به دنبال آن است که به مراجع پیامورد چگونه از محتوای فکر بگسلد، چگونه برای رهایی از آن تلاش کند، به داستان زندگی خود می‌چسبد، به جای گذشته و آینده مفهومی‌ده در زمان حال زندگی کند و حاصل همه اینها این ارزشها و اهدافش را شناسایی کرده و به آنها معتقد باشد (۲۶). در این درمان مراجع یاد می‌گیرد بین آنچه می‌شود تغییر داد و هر آنچه نمی‌توان تغییر داد، تمایز قائل شود و زمانش را بیهوده صرف تغییر آنچه غیرقابل تغییر است، نکند و در عوض روی ارزشهایش تمرکز کند، رفتار مؤثر و متعهدانه داشته باشد و در برخورد با فرد خطاکار به شیوه سازنده و منعطفانه برخورد نموده و به زندگی‌اش غنا بخشد. ارزش بخشودگی مورد تمرکز قرار می‌گیرد و موانع فکری و هیجانی شناخته می‌شوند و فرد با برخورد صحیح با این افکار و هیجانات بدون اینکه غرق آنها شود تمایل پیدا می‌کند که بدون اینکه از آنها اجتناب کند، تجربه‌شان کند. با وجود اینکه ما در به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال کاهش علائم نیستیم اما به طور تناقضی پذیرش علائم

انسانی در نظر گرفته می‌شوند که به شکل ترک‌شدگی‌ها و خیانت در مواقعی بحرانی بروز می‌یابند؛ آنگاه این تخطی‌ها موجب ایجاد یا تشدید ناامنی در یک پیوند دلبستگی می‌شوند (۲۱). درمان هیجان‌مدار، شیوه‌ای درمانی است که تاکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ات در الگوهای دائمی ناسازگاری در افراد آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ات آسیب‌پذیر در هر یک از زوجین و تسهیل توانایی آنها در ایجاد این هیجان‌ات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز است. پردازش این هیجان‌ات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتری را به وجود می‌آورد که مسبب آرام شدن سطح آسفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌شود. بنابراین افراد زمانی که همسرشان خیانت کرده و پاسخگو نیست یا طردکننده است، اغلب استراتژیهای تنظیم هیجانی را به کار می‌برند که ناخواسته اختلال رابطه را مداومت داده یا حتی تشدید کرده و پیوند بین آنها را تضعیف می‌کند. اینها، شامل سرزنشگری مضطربانه و درخواست کردن یا کناره‌گیری کردن و بی‌محلی کردن می‌شود. در مرحله اول درمان هیجان‌مدار، یعنی تنش‌زدایی، درمانگر به درمانجو کمک می‌کند تا به طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را به عنوان دشمن متقابل خود ببینند. در مرحله دوم، یعنی بازسازی، افراد تلاش کرده‌اند تا ترسها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند تا به طور روشن این ترسها و خواسته‌ها را به شیوه‌ای برای هم‌ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کنند. افراد می‌توانند پس از این وارد مرحله سه یعنی تحکیم منافع کسب شده در درمان شوند. هنگامی که چرخه منفی مختل شده و پاسخها شروع به تغییر می‌کنند، یک چرخه منفی مختل شده و پاسخها شروع به تغییر می‌کنند.

در بیشتر اوقات منجر به کاهش و از بین رفتن آنها می شود (۲۲) که این عوامل منجر به کاهش دلدزدگی زناشویی می شود.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که درمان هیجان مدار به طور معنی داری موثرتر از درمان مثبت نگر بر ناگویی هیجانی بود اما بین درمان هیجان مدار و پذیرش و تعهد و همچنین بین پذیرش و تعهد و درمان مثبت نگر تفاوت معنی داری وجود نداشت. اثربخش بودن درمان هیجان مدار بر ناگویی هیجانی با نتایج پژوهش شکرالهی و همکاران (۳۸) و دی گراف و همکاران (۳۹) همسو بود.

یکی از مسائل و عوارض مهم دیدن خیانت زناشویی، سرکوب هیجان و ناگویی هیجانی است. غالباً افرادی که در زندگی خود کمبود اعتماد به نفس، عدم استقلال و اتکا عاطفی شدید به دیگران دارند، دچار فقدان انگیزه و امید به آینده و زندگی می شوند. همچنین برای مراجعان رو به رو شدن با تجربیات تلخ نیز غالباً دردناک است. در درمان هیجان مدار وظیفه درمانگر این است که بتواند یک رابطه مناسب و کارآمدی را ایجاد کند تا بتواند از طریق حس اعتماد درمانجو، آموزش هایی را برای تنظیم هیجان داشته باشد. از مشکلات شایع در افرادی که از خیانت دیده اند وجود دارد، فقدان اعتماد به نفس است که باعث ایجاد افسردگی و کاهش امید به زندگی می شود که می تواند ناشی از هیجان حل نشده و ابراز نشده (ناگویی هیجانی) به طرف مقابل باشد، افرادی که فقدان اعتماد به نفس و استقلال دارند، برای به دست آوردن اعتماد، باید ابتدا بتوانند، هیجان های ابراز نشده را به کمک تکنیک های درمان هیجان مدار ابراز کنند و با کنار آمدن با هیجان، نگرش تازه ای به ادامه زندگی داشته باشند. برای مثال از درمانجویان خواسته می شود تا تجربه دردناک یا احساس بد خود را بیان کنند و چون در محیط گروهی بیان می

شود، این احساس که تنها نیستند و افراد دیگری هم مشکل مشابهی را دارند تا حدودی می تواند بار هیجانی ناشی از خیانت را برای آنها کم کند. در نهایت، مراجع از طریق آگاهی از هیجان، بیان هیجان تازه، تنظیم هیجان و ابراز هیجان مناسب، با استفاده از تکنیک هایی چون القای هیجان، برجسب زندی هیجانی، شدت بخشی، به ادراک تازه ای از خویش دست می یابد و توانایی کنار آمدن با هیجان را در خارج از جلسات درمان پیدا می کند. این افراد یاد می گیرند که می توانند در مواقع نیاز هیجان خود را ابراز کنند و گاهی بتوانند آنها را کنترل کنند، می تواند از احساسات منفی آنها نسبت به رویداد کم کند و آن را قابل هضم نماید. در واقع نحوه مدیریت هیجان ها چه قبل رویداد، چه در زمان رویداد و چه بعد آن بسیار حائز اهمیت است. از طرف دیگر در طی درمان هیجان مدار فرد با تجربه های آسیب زای گذشته که اغلب از آنها اجتناب می کرده است، مواجه شده و با کمک درمانگر جنبه های مهم و دردآور تجربه خود را پردازش مجدد می کند و می تواند بعد از پردازش هیجانی، معناهای تازه بیافریند. بر دیدگاه های جایگزین تعمق کرده و آنها را ارزیابی کند و به دیدگاه های گسترده تری نسبت به خود و دیگران دست یابد و شیوه جدید رفتار را فراگیرد (۴۰). به این ترتیب مجموعه این مهارت ها می تواند موجب کاهش میزان حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربی، افکار و باورهای غلط از جمله فاجعه آمیز کردن درد در فرد شود و فرد می تواند راهبردهای سازگارانه تری برای تنظیم هیجان خود به کار ببرد. اصل مهم دیگری که درمان هیجان مدار به آن می پردازد، کمک به فرد برای تنظیم هوشیانه هیجان خود و آموزش توانایی خودآرامسازی است. به گونه ای که در جریان درمان هیجان مدار تکنیک هایی به فرد ارائه می شود که به او کمک می کند تا با مشاهده بدون قضاوت هیجان های خود پردازد، سوگواری و

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب نمونه پژوهشی از زوجین داوطلب شرکت در جلسات درمانی ممکن است امکان‌پذیر باشد. تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه سازد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده روی نمونه‌هایی از مردان و زنان تکرار شود تا ضمن فراهم ساختن امران مقایسه‌های جنسیتی، اطلاعات بیشتر در مورد سازوکار اثربخشی این سه درمان به دست آید. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در کنار پرسشنامه از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه به منظور تعمیق یافته‌های پژوهش استفاده شود.

شفقت با خود را یاد بگیرد، از نشخوار فکری دست برداشته و توانایی همدلی با دیگران به دست آورد. این مساله موجب کاهش ناگویی هیجانی، افزایش توانایی فرد در شناسایی و پذیرش احساسات و افزایش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت هیجان می‌شود.

در نهایت، لازم است تا به محدودیت‌های نظری که پژوهش حاضر با آنها مواجه بود، اشاره شود. جامعه و نمونه‌ی این پژوهش تنها به زنان خیانت دیده‌ی شهرستان تهران محدود بود که تعمیم نتایج آنها به سایر جوامع یا جنسیت‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد.

References

1. Sutton TE. Review of attachment theory: Familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage & Family Review*. 2019 Jan 2;55(1):1-22.
2. Allendorf K, Ghimire DJ. Determinants of marital quality in an arranged marriage society. *Social science research*. 2013 Jan 1;42(1):59-70.
3. Malek Zadeh Torkamani P, Aminpoor M, Bakhtiari Said B, Khalili G, Davarniya R. The Effectiveness of Forgiveness-based Intervention on Couple Burnout in Women Affected by Infidelity of Spouse. *Zanko J Med Sci* 2018; 19 (60) :31-45
4. Jeanfreau MM, Jurich AP, Mong MD. Risk factors associated with women's marital infidelity. *Contemporary Family Therapy*. 2014 Sep;36:327-32.
5. Navaei J, Mohammadi Arya A. Association between the early Maladaptive Schemes and Extra Marital Relationship among Married People. *IJPN* 2016; 3 (4) :18-27
6. Nikmanesh Z, Amiri moghaddam M. Investigating and evaluating the attitude towards infidelity and its relationship with heartbreak and marital incompatibility. *Recent Advances in Humanities Studies*, 2021; 24(1): 53-60
7. El Frenn Y, Akel M, Hallit S, Obeid S. Couple's satisfaction among Lebanese adults: validation of the Toronto Alexithymia scale and couple satisfaction index-4 scales, association with attachment styles and mediating role of alexithymia. *BMC psychology*. 2022 Dec;10(1):1-0.
8. Pines* AM. Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work & Stress*. 2004 Jan 1;18(1):66-80.
9. Wilkinson DE, Dunlop WL. Both sides of the story: Narratives of romantic infidelity. *Personal Relationships*. 2021 Mar;28(1):121-47.
10. Pugach CP, Campbell AA, Wisco BE. Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Mar;76(3):508-25.
11. Hughes EK, Gullone E. Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body image*. 2011 Jun 1;8(3):224-31.
12. Snyder DK, Balderrama-Durbin C, Fissette CL. Treating infidelity and comorbid depression: A case study involving military deployment. *Couple and family psychology: Research and practice*. 2012 Sep;1(3):213.
13. Krause-Utz A, Erol E, Broussianou AV, Cackowski S, Paret C, Ende G, Elzinga B. Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2019 Dec;6:1-4.
14. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International review of psychiatry*. 2006 Jan 1;18(1):13-24.
15. Besharat, M. A. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). , 2013; 10(37): 90-92.
16. Parker JD, Taylor GJ, Bagby M. Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1993;59(3-4):197-202.

17. Dashtbozorgi, Z. Effectiveness of self- compassion therapy on loneliness and emotion regulation of damaged women from marital infidelity. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2018; 18(4): 72-79.
18. Leeker O, Carlozzi A. Effects of sex, sexual orientation, infidelity expectations, and love on distress related to emotional and sexual infidelity. *Journal of marital and family therapy*. 2014 Jan;40(1):68-91.
19. Nemeth JM, Bonomi AE, Lee MA, Ludwin JM. Sexual infidelity as trigger for intimate. The efficacy of self-compassion on obsessive rumination, depression and resilience. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2013;15(2):155-67.
20. MacIntosh HB, Fletcher K, Ainsworth L. Measuring mentalizing in emotionally focused therapy for couples with childhood sexual abuse survivors and their partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2019 Oct 2;18(4):303-29.
21. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. Guilford Publications; 2019.
22. Johnson SM. Broken bonds: An emotionally focused approach to infidelity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2005 Sep 13;4(2-3):17-29.
23. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*. 2016 Sep;55(3):390-407.
24. Davarniya R, Zahrakar K, Moayeri N, Shakarami M. Assessing the performance of emotionally-focused group couples therapy (EFCT) on reducing couple burnout in women. *MEDICAL SCIENCES* 2015; 25 (2) :132-140
25. Ghafaralahi E, Etemadi O, Yousefi Z, Abedi M, Torkan H. Comparison of the Effectiveness of Commitment-Building Counseling Package and Emotionally-Focused Couple Therapy on Marital Boredom and Forgiveness of Married women with virtual infidelity. *RBS* 2021; 19 (2) :342-357
26. Wiebe SA, Elliott C, Johnson SM, Burgess Moser M, Dalgleish TL, Lafontaine MF, Tasca GA. Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2019 Jan 2;18(1):1-21.
27. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*. 2019 Jun;18(2):226.
28. Herbert JD, Forman EM, Kaye JL, Gershkovich M, Goetter E, Yuen EK, Glassman L, Goldstein S, Hitchcock P, Tronieri JS, Berkowitz S. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of contextual behavioral science*. 2018 Jul 1;9:88-96.
29. Altafi, R., Vaziri, S., Sabet, M. Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy Effectiveness on Couples' Avoidance, Marital Satisfaction, Communication Skills, and Sexual Self-Efficacy. *Clinical Psychology and Personality*, 2023; 20(2): 61-75. doi: 10.22070/cpap.2022.14753.1118
30. Ruini C, Mortara CC. Writing technique across psychotherapies—from traditional expressive writing to new positive psychology interventions: A narrative review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2022:1-2.
31. Carr A, Cullen K, Keeney C, Canning C, Mooney O, Chinseallaigh E, O'Dowd A. Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*. 2021 Nov 2;16(6):749-69.
32. Lee Duckworth A, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*. 2005 Apr 27;1:629-51.
33. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*. 2015 Jan 2;10(1):25-40.
34. Elmimanesh N, Zhaleh M. Effectiveness of positivist psychotherapy on the psychological wellbeing, forgiveness and marital burnout in the women exposed to divorce. *fpcej* 2018; 4 (1) :89-102
35. Flink IK, Smeets E, Bergboma S, Peters ML. Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2015 Apr 1;7(1):71-9.
36. Malach- Pines A, Sadeh A, Dvir D, Yofe- Yanai O. Entrepreneurs and managers: Similar yet different. *The International Journal of Organizational Analysis*. 2002 Feb 1;10(2):172-90.
37. Safarpour A, Zahrakar K, Farzad V. The effectiveness of Gutman couple therapy on improving the quality of life and reducing marital burnout. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022 Sep 23;3(3):580-99.
38. Shokrolahi M, Hashemi S E, Mehrbizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. Comparison of the effectiveness of emotion focused therapy (EFT) and cognitive analytic therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in Patients with chronic pain and alexithymia.. *RBS* 2022; 19 (4) :739-752

39. Van de Graaf D L, Trompetter H R, Smeets T, Mols F. Online acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for chronic pain: a systematic literature review. *Internet Interventions* 2021;26:1-18
40. Marren C, Mikoška P, O'Brien S, Timulak L. A qualitative meta- analysis of the clients' experiences of emotion- focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022 Sep;29(5):1611-25.

*Original Article***Comparing the effectiveness of Emotion Focused, acceptance and commitment and positive interventions on marital boredom and Alexithymia in women affected by infidelity**

Received: 21/11/2022 - Accepted: 15/03/2023

Fatemeh Kermanshahi¹
 Shokouh Navabinejad^{2*}
 Khodabakhsh Ahmadi noodeh³

1. PhD student, Consulting Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Professor, Counseling Department, Khwarazmi University, Tehran, Iran.

3. Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Counseling Department, Khwarazmi University, Tehran, Iran.

Email: navabinejad93@gmail.com

Abstract

Introduction: Infidelity in married life is a major cause of marital dissatisfaction and also the main cause of psychological problems, conflicts and marital incompatibilities, this research aims to compare the effectiveness of Emotion Focused, acceptance and commitment and positive interventions on marital boredom and Alexithymia of women affected by infidelity was done.

Method: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with three experimental groups and one control group along with a follow-up test. 43 people were selected from the community of women referring to psychological clinics due to the damage caused by marital infidelity, using the available sampling method and using the random replacement method in three groups (Emotion Focused, acceptance and commitment and positive interventions) were replaced. The research tools were questionnaires of marital boredom (Pines, 1996) and Alexithymia (Bagbi et al., 1994). The data were analyzed using the repeated measurement test and Bonferroni's post hoc test.

Results: The findings showed that Emotion Focused therapy was significantly more effective than acceptance and commitment and positivity ($p < 0.005$) and acceptance and commitment therapy was more effective than positivity therapy on marital burnout ($0.005 > p$). Also, the results showed that Emotion Focused therapy was more effective than positive-oriented therapy on Alexithymia ($p < 0.005$).

Conclusion: According to the findings of the present study, Emotion Focused therapy can be suggested as a more effective method to improve the marital life of people affected by infidelity.

Keywords: marital infidelity, Emotion Focused therapy, acceptance and commitment, positive therapy, marital boredom, Alexithymia.

Conflict of interest: There is no conflict of interest.